

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 資格確認書 被保険者証 高年齢受給者証 回収不能届

(注意事項)

(ア) この届書は、被保険者の所在不明により資格確認書等の回収ができない場合、または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書等を返納しない場合に「被保険者資格喪失届」及び「被扶養者(異動)届」に添付して提出するものです。

(イ) ⑪欄は、資格確認書等が回収不能となった者の氏名を記入してください。

(ウ) 被保険者の所在が不明であるときは、返戻されたはがき又は封筒の写などをこの届書に添付してください。

(エ) 誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。

① 被保険者の番号と番号 (記号) (番号)			
② 被保険者の氏名	③ 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
④ 被保険者の現住所または最後の住所	〒 _____ (電話番号) _____		
⑤ 被保険者の資格を取得した日 昭和 年 月 日 令和	⑥ 被保険者の資格を喪失した日 令和 年 月 日		
⑦ 資格喪失事由 退職・解雇・死亡	⑧ 被保険者の近況		
⑨ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無		有 ・ 無	
⑩ 回収不能となった証書枚数	枚	うち被扶養者分	枚
⑪ 回収不能となった者の氏名			
⑫ 督促年月日		⑬ 資格確認書等返納督促方法	
令和 年 月 日		電話・文書・メール・口頭 / 応答 (有・無)	
令和 年 月 日		電話・文書・メール・口頭 / 応答 (有・無)	
令和 年 月 日		電話・文書・メール・口頭 / 応答 (有・無)	
令和 年 月 日		電話・文書・メール・口頭 / 応答 (有・無)	
<p>うえのとおり督促しましたが資格確認書等を回収することができません。 なお、今後も回収に努め、回収したときは直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()</p>			
社会保険労務士の提出代行者欄			

受付印